

M^r MARTINI, Maître de Conférences Agrégé de chirurgie générale (Titulaire)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554820_0001

“ LES INDICATIONS ACTUELLES DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE CHEZ LA FEMME ALGÉRIENNE ”

THESE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement

le 18 Juin 1971

par

M^{me} DE OLIVEIRA SOUSA HORTA

née RAZAFINDRAKOTOHASINA Bafooly Vololona
née le 16 Novembre 1936 à Tananarive (Madagascar)

Membres du Jury :

- | | |
|--|-------------|
| M ^r M. BONAFOS, Professeur de clinique obstétricale et gynécologique | } Président |
| M ^{me} A. BENALLEGUE, Professeur de clinique médicale infantile | |
| M ^r R. LECANNELIER, Professeur titulaire à titre personnel (obstétrique) | } Juges |
| M ^r MARTINI, Maître de Conférences Agrégé de chirurgie générale (Titulaire) | |

" LES INDICATIONS ACTUELLES DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE CHEZ LA FEMME ALGÉRIENNE "

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement

le 10 Mars 1961



par

M^{lle} DE OLIVIERA SOUSA HORTA

né le 15 Mars 1935 à Lisbonne (Portugal)

et à Alger le 10 Mars 1961

Membres du Jury :

- M. M. BOUATOS, Professeur de gynécologie-obstétrique et chef de clinique
M. A. SCHAUZ, Professeur de gynécologie-obstétrique
M. R. LECHEVALIER, Professeur adjoint de gynécologie-obstétrique
M. M. MARIANI, Maître de Conférences d'Anatomie
M. M. MARIANI, Maître de Conférences d'Anatomie

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

- A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

en témoignage de mon inaltérable et douloureux souvenir

- A MON MARI

pour le soutien inestimable qu'il n'a cessé d'apporter au cours
de ces longues années d'études avec mes sentiments les plus
tendres

- A MON FILS, VIRIATO, et MA FILLE SOAHANTA,

avec toute ma tendresse

- A MES BEAUX-PARENTS ET BAO BE

qu'ils trouvent ici l'expression de mon affectueux attachement

- A MES FRERES, MES SOEURS, MA BELLE SOEUR ET LEURS FAMILLES,

en gage de ma profonde affection

A NOTRE MAITRE, MONSIEUR LE PROFESSEUR BONAFOS

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

La richesse de son enseignement, ainsi que les Conseils
prodigués marqueront notre formation gynécologique
et obstétricale.

A son amour du travail va notre admiration.

A MADAME LE PROFESSEUR BENALLEGUE

- Nous avons constamment apprécié sa remarquable expérience clinique ainsi que la sûreté de son diagnostic.
- Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre reconnaissance pour l'intérêt qu'elle a porté à notre travail.
- Nous l'en remercions bien sincèrement et la prions de croire à notre profond attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE CANNELIER,

qui nous a inspiré ce travail, dont l'aide et les
conseils nous ont été d'un grand secours, en témoi-
gnage reconnaissant de sa grande bienveillance et
de ses précieux enseignements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTINI,

en témoignage de reconnaissance pour les brillantes
leçons cliniques qu'il nous a faites.

Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous fait
en acceptant de faire partie de notre jury de Thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AIT OUYAHIA

Nous avons aujourd'hui l'occasion de lui exprimer toute
notre reconnaissance pour l'enseignement si éclairé
qu'il nous a donné.

Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre
profonde gratitude.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX,

A NOS MAITRES DE LA FACULTE D'ALGER

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LEIPZIG

Nos hommages respectueux.

AU DOCTEUR LEZZAR

En faible témoignage de notre reconnaissance pour
l'aide précieux qu'il a apporté pour la réalisation
de cette Thèse.

A MADAME LE PROFESSEUR KATARINA HARIG (LEIPZIG)

AUX MAITRESSES SAGES-FEMMES de l'Ecole départementale de
Sages-femmes de NANCY

A MES COLLEGUES ALGERIENS

Je dédie cette thèse.

I N T R O D U C T I O N

=====

L'opération césarienne abdominale réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. En effet, la césarienne vaginale pratiquée autrefois est actuellement abandonnée. L'opération césarienne a considérablement amélioré le pronostic tant maternel que foetal, et on lui reconnaît actuellement des indications de plus en plus larges. Les conditions de sécurité que procurent les techniques et les médications actuelles, l'utilisation large des antibiotiques, les progrès réalisés en anesthésiologie, la réanimation du nouveau-né rendent un tel acte opératoire généralement bénin. Mais ces conditions ne doivent pas faire de l'opération césarienne la solution abusive de tous les problèmes obstétricaux qui se posent quotidiennement dans un centre d'accouchement.

Ces problèmes sont d'autant plus fréquents dans les pays à grand rayonnement rural encore malheureusement sous équipés, tels que l'Algérie, et ceci justifie notre travail qui consiste en l'étude des indications de l'opération césarienne à la Clinique Obstétricale et Gynécologique, du Centre Hospitalo-Universitaire d'Alger (Professeur M. BONAFOUS) pendant les années 1968-1969.

LE PLAN DE NOTRE TRAVAIL

I - Historique et évolution des idées

II - Méthode de travail

- généralités
- fréquence
- âge, parité
- origine

III - Indications

- classification
- justification

I. Indications impératives

II. Indications de nécessité

III. Indication de sécurité

- cas social

IV - Etude comparative

V - Technique

- opératoire
- anesthésie

VI - Résultats

- Pronostic immédiat

- Maternel

- + mortalité

- + morbidité

- Foetal

- + mortalité

- + morbidité

- Pronostic médial

- Pronostic lointain

VII - Conclusions

TABLEAU IN°N° hospitalier

Nom.....
 Prénoms
 Age
 PARITE
 Adresse
 Date et heure d'entrée à l'hôpital

Antécédents personnels

a) date des premières règles
 b) caractère du cycle
 c) maladie d'enfance

Antécédents familiaux

Père, mère, Fratrie
 Mari

Antécédents pathologiques

.....

Antécédents obstétricaux

.....

Grossesse actuelle

date des dernières règles
 date prévue de l'accouchement

Examens prénataux

Examens biologiques
 sang
 urines

Examens à l'entrée

Taille, poids, démarche
 Différents appareils
 Squelette
Examen obstétrical
 Hauteur utérine
 Présentation
 Bruits du coeur foetal
 Toucher vaginal

Surveillance du travail :

Césarienne le à
 Naissance d'un enfant du sexe
 cri poids
 réanimé

Suites de couchesAutres renseignements

- Technique

TABLEAU II

:	:	:
:	Dossiers utilisables	825
:	:	:
:	:	:
:	Dossiers incomplets	8
:	:	:
:	:	:
:	Dossiers perdus	10
:	:	:
:	:	:
:	T O T A L	843
:	:	:

M E T H O D E D E T R A V A I L

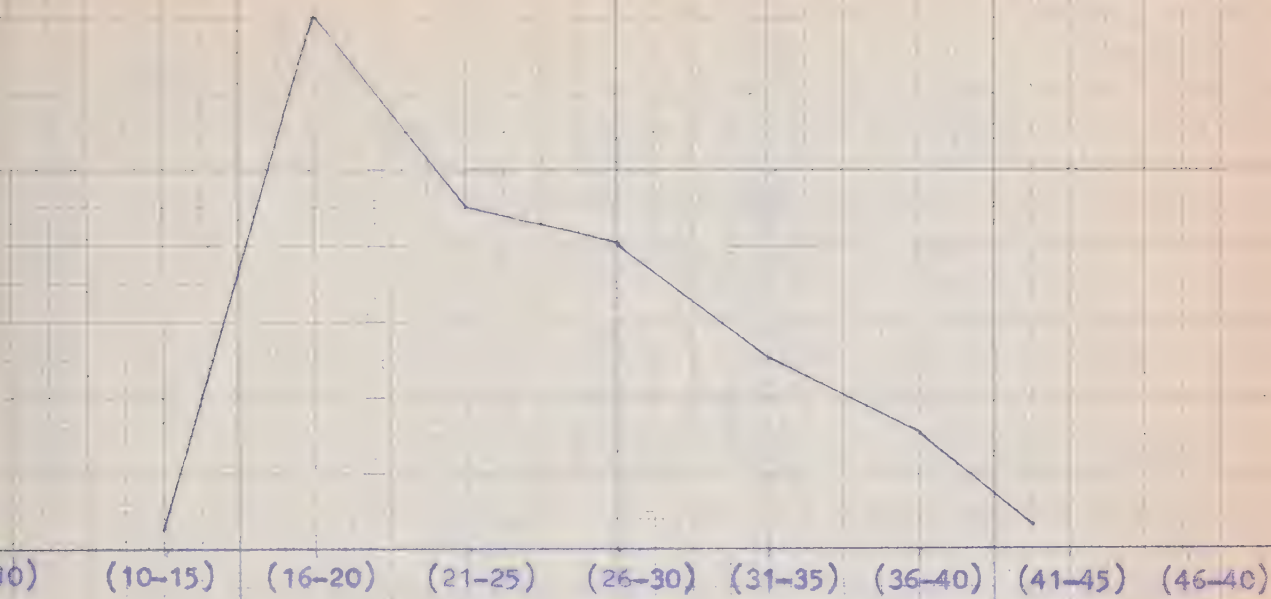
=====

Nos recherches ont porté sur l'étude des dossiers de la Clinique Obstétricale et Gynécologique du Centre Hospitalo-Universitaire d'Alger (Professeur M. Bonafos). Pour faciliter notre travail, nous avons établi un modèle de fiche type pour chaque cas. (Tableau I)

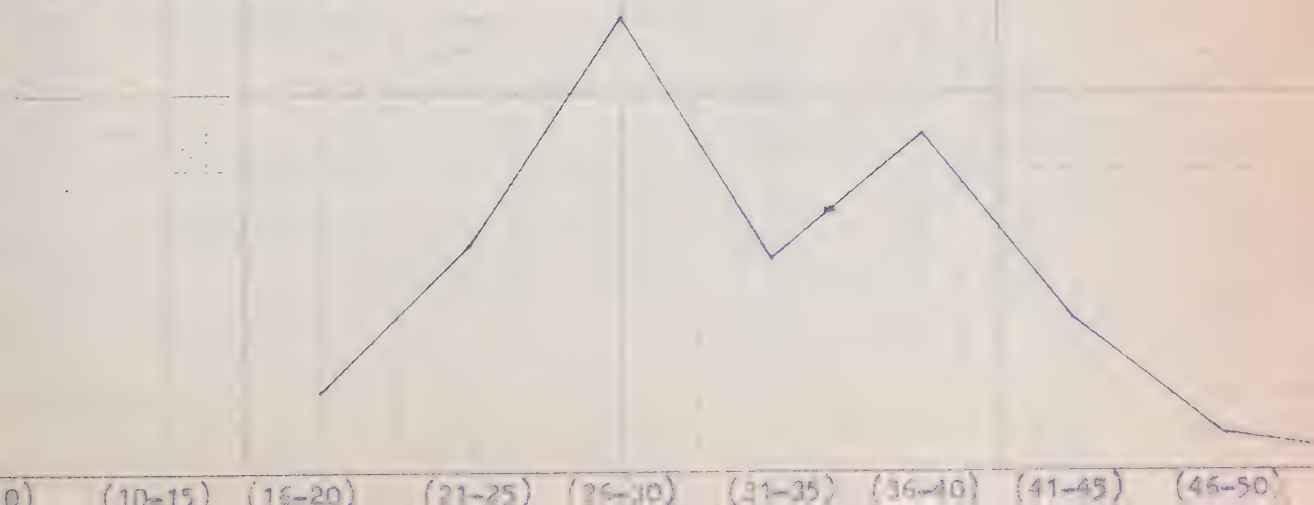
C'est ainsi que nous avons colligé 843 dossiers de femmes césarisées dans le service du 1er janvier 1968 au 31 décembre 1969, pour un total de 13.124 naissances survenues durant la même période, soit un pourcentage de 6,42.

Sur ces 843 cas, nous n'avons retenu que 825 dossiers utilisables, et nous avons éliminé 8 dossiers jugés incomplets : soit que les protocoles opératoires furent trop concis ou absents, que l'observation clinique ou la période du travail incomplètes ne répondaient pas aux critères retenus par le questionnaire-type adopté. Par ailleurs 10 dossiers n'ont pas été retrouvés. (Tableau II). L'opération césarienne étant par définition l'extraction du fœtus par hystérotomie, nous n'avons pas tenu compte dans notre statistique de 41 cas de rupture utérine observés durant la même période.

A) Primipares = 209 cas



B) Multipares = 616 cas



MATERIEL D'ETUDE

Il s'agit d'un recrutement tout venant de femmes :

d'origine algérienne : 819

d'origine française : 3

et

d'origine polonaise : 3

Notons par ailleurs qu'une grande partie des femmes étaient adressées par les différentes cliniques de la ville, voire des hôpitaux de la région algéroise qui sont généralement dépourvus de moyens chirurgicaux : il s'agissait toujours de cas dystociques qui ont imposé l'opération césarienne, dès l'entrée le plus souvent.

Nous avons chiffré la fréquence de l'opération césarienne en fonction de l'âge et de la parité de la parturiente dans le Tableau III : graphique A et B.

GRAPHIQUE A :

Pour les primipares, le maximum des opérations césariennes se situe, entre 16 - 20 ans soit 35 % du total des primipares opérées dont le nombre s'élève à 209.

Nous sommes frappée par le pourcentage relativement élevé chez les primipares âgées : 21 % de primi-gestes âgées de 31 à 45 ans ont été césarisées. Nos plus jeunes opérées sont âgées de 15 ans (2 cas)

Nous signalons deux primipares qui ont 43 et 44 ans.

Il s'agit le plus souvent de femmes qui ont présenté une stérilité primaire traitée ou non, ou bien qui se sont mariées tardivement. L'indication de l'opération césarienne est alors donnée pour des raisons fœtales. En effet nous ne pouvons exposer ces enfants tant attendus au moindre traumatisme obstétrical.

GRAPHIQUE B

616 multipares ont subi une opération césarienne soit 74,66 % du total des interventions pratiquées. Il s'agit de grandes multipares malnutries ayant un "utérus fatigué" par des grossesses répétées et rapprochées, des femmes "qui ne voient pas leurs règles", pour la plupart originaire de la campagne. La plus grande fréquence se trouve vers 26-30 ans (30 %) puis vers 36-40 ans (22,5 %).

H I S T O R I Q U E

De toutes les interventions chirurgicales l'opération césarienne est certainement la plus anciennement connue et pratiquée.

- La mythologie, déjà, nous retrace le récit de la naissance d'Esculape, qu'Apollon a extrait du ventre de Coronis
- Les HEBREUX connaissaient la survie de l'enfant quelques temps après la mort de la mère. Et plus tard leur TALMUD commandait en pareil cas de sauver l'enfant en pratiquant l'ouverture de l'utérus.
- Cette prescription de la césarienne post mortem existait déjà dans l'ancienne Rome, et elle est même formellement ordonnées dans la LEX REGIA au VIIe siècle avant JESUS-CHRIST.
- C'est ainsi que naquit SCIPION l'AFRICAIN
- Ce n'est qu'en 1500 environ que fut sans doute pratiquée l'opération césarienne sur femme vivante. Un châtreur de porc suisse, NUFER, après que 13 sages-femmes se soient vainement efforcées de faire accoucher son épouse, effectua sur elle encore vivante l'incision de l'utérus et sortit ainsi un enfant vivant.

La relation de ce fait ne mentionne pas ce que furent pour la mère les suites opératoires.

La doctrine officielle de l'époque avec AMBROISE PARE condamnait

formellement la césarienne sur femme vivante. Pourtant en 1581 François ROUSSET, puis le chirurgien allemand TRAUTMANN en 1610, décrivaient l'incision latérale de l'abdomen et de la matrice mais sans suturer l'utérus.

- MAURICEAU s'élève avec véhémence contre de telles interventions, dénonçant : "cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie".

On préférait alors en cas de rétrécissement pelvien l'application du forceps inventé par CHAMBERLEN en 1600, puis plus tard la symphyséotomie qui venait d'être préconisée par SIGAULT en 1777, ou l'accouchement prématuré préconisé par les Anglais.

- Jusqu'à la fin du XIXe siècle l'on peut dire que les césariennes pratiquées, étaient toujours mortelles du fait de la péritonite ou d'hémorragie peropératoire.

- C'est à partir de 1880 environ qu'à la suite du progrès de l'antisepsie et de la pratique de la suture utérine que la césarienne trouve place dans l'arsenal thérapeutique obstétrical.

- BAR le 4 juillet 1884 pratique et réussit la première césarienne française avec femme et enfant vivants.

Les progrès furent depuis lors rapide, avec la découverte de l'asepsie. Mais les échecs demeuraient nombreux : 45 à 55 % de mortalité car on pratiquait la césarienne corporéale et surtout parce que la péritonite post opératoire restait fréquente et le risque de rupture utérine grand.

- Un premier progrès fut accompli en 1904 avec FRANCK, SELLHEIM et DÖDERLEIN qui préconisent l'hystérotomie basse supra symphy-saire extra péritonéale qui expose moins à l'infection et aux ruptures utérines secondaires.
- Cependant le risque de péritonite reste encore menaçant dans les cas impurs et l'on était trop souvent amené à compléter l'intervention par l'hystérectomie ou par l'extériorisation de l'utérus selon le procédé de PORTER, que l'on réintégraît dans l'abdomen 15 à 20 jours plus tard.
- Puis l'extériorisation trop choquante est mise de côté à son tour.
- Actuellement, la généralisation de l'antibiothérapie a chargé le cadre des indications : on peut dire qu'il n'existe pratiquement plus de cas impur.

La césarienne est devenue la plus courante des interventions obstétricales de la chirurgie. La mortalité dans les centres spécialisés est presque nulle, et les complications opératoires et post-opératoires beaucoup moins graves.

LES INDICATIONS IMPERATIVES 305 CAS

Indications	Nombre de cas	Pourcentage sur 305 cas	Pourcentage sur 825 opérati- ons césariennes
: Bassins générale- : ment rétrécis	78	25,5	9,5
<u>e osseuse</u> : Bassins ostéoma- : laciques	12	3,9	1,4
: Bassins générale- : ment rétrécis : plus aplatis	5	1,6	0,6
pluricicatriciels	40	13,1	4,8
: Placenta praevia : central	46	15,0	5,5
les ae : Fibrome de l'is- : thme	1	0,3	0,1
: Hémiontérus	1	0,3	0,1
: Présentation de : l'épaule	40	13,1	4,8
tations iques : Epaule négligée	34	11,1	4,1
: Front	21	6,8	2,5
: Siège + dystocie : surajoutée	25	8,1	3,0
du col stade II	1	0,3	0,1
du rectum	1	0,3	0,1

LES INDICATIONS DE L'OPERATION CESARIENNE

Pour envisager ce problème d'un point de vue pratique, nous dirons d'emblée que la césarienne est indiquée chaque fois que l'accouchement par voie basse se révèle impossible ou risque de comporter des risques graves tant pour la mère que pour le fœtus. Les indications qui aboutissent à cette décision thérapeutique sont très diverses et touchent à tous les domaines de l'obstétrique et il est bien difficile d'en donner une liste précise. Nous avons groupé les indications des opérations césariennes en trois rubriques.

I - LES INDICATIONS IMPERATIVES :

où l'intervention par voie haute systématique est de rigueur :
accouchement mécaniquement impossible.

On la pratique dans des conditions de sécurité optimale en fin de grossesse ou en début de travail.

II - LES INDICATIONS DE NECESSITE

où la décision opératoire intervient au cours du travail, pour soustraire l'enfant et la mère à des risques graves

III - LES INDICATIONS DE SECURITE : où il n'existe pas à proprement parler d'indication obstétricale à l'opération césarienne. Mais celle-ci peut se discuter et apparaître comme parfaitement légitime à titre de mesure de sécurité devant un risque foetal ou maternel supposé possible.

Nous avons retenu cette classification parce qu'elle nous paraît précise et répond à la réalité des circonstances dans lesquelles nous sommes appelés à poser une indication césarienne, comme en témoignent les résultats obtenus. Nous sommes conscients qu'une telle classification nous obligera pourtant à des nuances, mais elle nous aura permis de contourner les problèmes posés par les indications de l'opération césarienne quelquefois complexes et intriquées.

I - LES INDICATIONS IMPERATIVES

Elles se posent dans des circonstances bien définies où il s'est avéré que l'accouchement par voie basse est impossible. C'est ainsi que nous relevons 305 opérations, soit 36,9 % des interventions au total, qui répondent à ce critère - (tableau IV).

Ces circonstances sont très diverses selon l'obstacle en cause.

1) LA DYSTOCIE OSSEUSE :

Nous avons noté 95 cas de dystocie osseuse vraie, soit un pourcentage de 31 % d'indication impérative en matière de dystocie osseuse et soit 11,5 % sur le total des opérations césariennes. Ce Chiffre est élevé à nos yeux.

D'observations plus rares aujourd'hui, les viciations pelviennes susceptibles d'entraîner un rétrécissement du bassin absolument infranchissable pour un foetus normalement développé, sont essentiellement d'origine rachitique. Il s'agit dans notre statistique de :

- bassins généralement rétrécis :

78 cas soit 25,5 % des indications impératives et 9,9 % des indications opératoires.

- BASSINS APLATIS ET GÉNÉRALEMENT RETRECIS :

5 cas, soit 1,6 % sur les 305 indications impératives et 0,6 % du total des opérations césariennes.

- BASSINS OSTÉOMALACIQUES :

Nous n'avons noté que 12 cas de bassin ostéomalaciques en deux ans, soit un pourcentage de 1,4 sur le total des interventions. Ce chiffre est inférieur à celui trouvé par Madame DUKACI pour l'année 1965. Son pourcentage est de 2,23.

Les travaux effectués dans l'Est Algérien, par BIANCARDINI en 1962, étudient une série de 200 femmes ostéomalaciques, observations échelonnées sur 10 ans : révèlent que 111 de ces parturientes furent césarisées, 27 seulement accouchèrent facilement. Il y eut par ailleurs des applications de forceps et des embryotomies.

2) LES PRESENTATIONS SUREMENT DYSTOCHIQUES :

Nous avons noté 125 cas de présentations sûrement dystociques soit un pourcentage de 39,1 des indications impératives et un pourcentage global de 4,4.

a) LA PRESENTATION DE L'EPAULE : 40 OBSERVATIONS

- et EPAULE NEGLIGEE : 34 cas

Il s'agissait là d'indication formelle à l'opération césarienne chez la primipare comme chez la multipare. Ces parturientes habitent le plus souvent en dehors d'Alger, consultent à la dernière minute ou évacuées très tard, ce qui rend impossible ou dangereuse toute autre attitude obstétricale. Nous voulons parler surtout de la version par manoeuvre interne suivie d'une grande extraction du siège (essentiellement dans la présentation de l'épaule).

b) PRESENTATION DU FRONT reste elle aussi une indication absolue pour un fœtus à terme, normalement développé. Nous avons relevé 21 observations.

c) PRESENTATION DU SIEGE AVEC DYSTOCIE SURAJOUTEE

Il y a 25 cas, soit 8,1 % sur les 305 indications impératives ce qui représente un pourcentage global de 2 %.

La mortalité foetale est relativement élevée suivant les statistiques dans la présentation du siège. Le pronostic foetal est lié à un certain nombre de facteurs : - l'âge de la mère, la parité, le poids du

foetus et l'évolution du travail. L'influence de la parité est incontestable. Pour LACOMME, la mortalité est double chez la primipare. Mais la présentation du siège ne constitue pas à elle seule une indication. Chez la primipare la dystocie dynamique à l'hypotrophie utérine empêche l'évolution normale du travail. Chez la multipare l'excès de volume du foetus favorise le défaut d'engagement de la présentation. Dans notre statistique l'opération césarienne a été pratiquée 15 fois chez des nullipares et 10 fois chez des multipares.

L'analyse de quelques statistiques récentes donne les fréquences suivantes :

HARRIS - MESSIM = 14 %

ROUCHY ET COLL = 20 %

Nos chiffres sont donc bien inférieurs.

3) LES OBSTACLES PRAEVIAE

constituent eux aussi, une indication formelle à intervenir avant tout travail ou en début de travail.

C'est ainsi que nous notons :

- 46 cas de placenta praevia central :

soit un pourcentage global de 5,5, et une fréquence de 15 % sur les cas d'indications impératives.

- 1 Fibrome de l'isthme

formant obstacle praevia irréductible.

- 1 hémiutérus

dans le Douglas et bloquant l'aire d'engagement. L'opération césarienne s'est accompagnée dans ce cas d'une opération de STRASSMAN, les suites opératoires furent normales. Malheureusement nous n'avons pu revoir cette femme pour juger de sa fécondité ultérieure, et de la solidité de sa cicatrice.

4) PARMI LES INDICATIONS IMPERATIVES

Il a été noté également :

- un cancer du col stade II
- un cancer du rectum avéré

qui contraindiquent formellement toute tentative d'accouchement par les voies naturelles. Dans le premier cas, l'opération a été complétée par une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale.

5) LES UTERUS PLURICICATRICIELS :

Nous avons relevé 40 cas de parturientes déjà césarisées plusieurs fois. En effet, il s'agissait :

- dans 36 cas d'utérus bicicatriciels
- et dans 4 cas d'utérus tricicatriciels.

Les opérations césariennes antérieures ont été dans presque tous les cas motivées par une dystocie osseuse permanente qui a justifié à chaque fois l'intervention en tout début de travail. Ce sont des femmes que nous n'avons pu suivre en période gynécologique pour juger éventuellement de la solidité de leur cicatrice antérieure en pratiquant une hystéro-cervicographie de contrôle.

Une ligature - resection bilatérale des trompes selon la méthode de MADLENER - POMEROY, a été à chaque fois pratiquée, sauf avis contraire des conjoints. En effet les circonstances locales qui nous dictent une telle attitude systématique, tiennent au fait que nombre de ces femmes démunies, habitant la campagne et ignorantes de leur état, ne viennent consulter qu'au moment de leur accouchement.

En résumé, parmi les 305 indications impératives nous retrouvons :

- a) des causes permanentes : dont la dystocie osseuse, les utérus pluricicatriciels ;

et

- b) des causes transitoires : placenta praevia, présentations dystociques.

TABLEAU V

LES INDICATIONS DE NECESSITE = 442 cas

Indications	:	:	:	:	:
		Nombre de	Pourcentage	Pourcentage sur	
		cas	sur 442 indica-	825 opérations	
			tions de néces-	césariennes	
			sité		
ions ==== lles =====	: Dystocie dynami-				
	: que	187	42,3	22,6	
	: Bassins limites	22	4,9	2,7	
	: Bassins transver-				
	: salement rétrécis	10	2,2	1,2	
	: Bassin asymétri-				
	: que	5	1,1	0,6	
	:				
ions ==== s =====	: Souffrance foetale	64	14,4	7,7	
	: Excès de volume				
	: foetal	48	10,8	5,8	
	: Présentation de				
	: la face	2	0,4	0,2	
	: Présentation du				
	: bregma	1	0,2	0,1	
	:				
ions ==== es =====	: Procidence du				
	: cordon	54	12,2	6,5	
	: Hématome rétro-				
	: placentaire	27	6,3	3,3	
	: Placenta praevia				
	: marginal	16	3,6	1,9	
	: Placenta praevia				
	: latéral	6	1,3	0,7	
	:				

II - LES INDICATIONS DE NECESSITE = 442 CAS

(Tableau V)

Ce sont celles, que l'on est amené à discuter au cours de l'évolution d'un accouchement mécaniquement possible, devant la survenue d'incidents ou de complications qui, soit mettent en jeu la vie ou l'intégrité du foetus, soit comportent des risques maternels importants.

Ainsi toute dystocie au cours du travail ~~quelqu'en~~ soit la nature, peut aboutir à l'intervention. Les indications en sont nombreuses.

On peut cependant distinguer trois sortes d'indications :

- les unes d'origine maternelle
- les autres tenant au foetus
- les dernières à ses annexes.

a) INDICATIONS D'ORIGINE MATERNELLE

Nous avons classé ainsi toutes les viciations pelviennes modérées telles que :

- bassins limités,
- bassins transversalement rétrécis
- bassins asymétriques,

qui ont toutes nécessité une épreuve du travail. L'indication de la

césarienne n'a été posée qu'après échec de cette épreuve. C'est ainsi que nous avons noté :

- 37 cas de viciation pelvienne modérée, soit un pourcentage global de 4,5 %, de moitié moindre que celui des viciations pelviennes violentes qui ont imposé systématiquement l'intervention. (cf. indications impératives, dystocie osseuse).

Le pourcentage global des viciations pelviennes violentes et modérées chez la femme algérienne est de 16 %, et nous paraît relativement élevé par rapport au chiffre de 5,8 % trouvé par Plan - Ladouec chez la Laotienne, en 1965.

- Par contre chez l'Africaine, Le Cannelier relève une fréquence de 42 % (Sénégal 1962).

- Chez la Malgache (Antalaha) elle est de 39 %.

Si la viciation pelvienne devient de plus en plus rare dans certains pays, elle se rencontre encore souvent dans les contrées où la prophylaxie du rachitisme et les problèmes de santé publique ne sont pas encore résolus.

Le reste des indications maternelles de nécessité est essentiellement représenté par la dystocie dynamique.

Les anomalies de la contraction utérine, de l'effacement du col et de sa dilatation relèvent de l'accouchement médical dirigé, basé sur la rupture des membranes et l'utilisation rationnelle d'antispasmodiques ou d'ocytociques, ou des deux catégories de médicaments à la fois,

en perfusion intraveineuse. La dyscinésie isolée réagit favorablement à ce traitement. Cependant, malgré la surveillance à laquelle sont soumises ces parturientes, ces médications peuvent échouer, et la dystocie dynamique est encore responsable de nos jours d'un fort pourcentage d'opérations césariennes.

Nous avons relevé 187 cas au cours des années 1968-1969, soit un pourcentage global de 22,6.

La fréquence suivant les auteurs est de :

JONES	2,6 %
GERNEZ	6 %
BRYANT	9 %
DE COSTA	15 %
YENSEN	6,3 %
FINTZ	18,1 %

b) LES INDICATIONS D'ORIGINE FOETALE :

- LA SOUFFRANCE FOETALE est actuellement l'une des indications les plus fréquentes de l'opération césarienne.

WENDL	28 %
HUNTER JONES	1,9 %
NINI	6 %
PEEL	14 %

Quant à nous, nous avons noté 64 cas de souffrance foetale "aigüe" au cours du travail, qui ont nécessité l'intervention, soit un pourcentage global de 7,7

L'EXCES DE VOLUME FOETAL

48 observations, soit 5,8 % des interventions totales.

Il s'agissait toujours de fœtus pesant 4 kgs au plus, et l'opération césarienne a été indiquée au cours du travail pour dystocie d'engagement avec dans quelques cas début de souffrance foetale.

En dehors de quelques primipares, l'excès de volume foetal est le fait surtout de multipares, dont le poids du fœtus augmente au fur et à mesure des grossesses.

Enfin nous avons noté :

- 2 PRESENTATIONS DE LA FACE
- 1 PRESENTATION DU BREGMA

qui ont nécessité l'intervention au cours du travail. Dans les deux cas de présentation de la face la tête était engagée, mais avait tendance à s'enclaver.

Une dystocie d'engagement avec début de souffrance foetal a imposé l'intervention dans la présentation du bregma.

c) LES INDICATIONS D'ORIGINE OVULAIRE :

ont été surtout dominées par : LA PROCIDENCE DU CORDON qui met au cause la vie du foetus, ~~la~~ voie abdominale lui assure le maximum de survie.

Nous avons relevé 54 cas soit un pourcentage de 6,5. Il s'agissait le plus souvent de parturientes en travail depuis longtemps hospitalisées avec ce diagnostic, la procidence du cordon étant associée à un début de souffrance foetale et une dilatation insuffisante.

Les différentes statistiques consultées, ont donné les pourcentages suivants :

WILSON	1,1 %
FINTZ	1,8 %
HUNTER JONES	1,9 %
PEEL - CHAMBERLAIN	4 %
PLAN - LADOUPEC	6,6 %

- L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE :

Manifestation brutale de la maladie gravidique tardive, l'hématome rétroplacentaire pose un ~~problème~~ problème particulier : le plus souvent en effet l'enfant meurt rapidement dès l'installation du syndrome clinique et l'opération césarienne apparaît alors moins comme une intervention de sauvetage foetal que maternel. Quand, en effet, la rupture des membranes et les moyens médicaux n'entraînent pas une amélioration nette du tableau clinique et un accouchement rapide, elle est le meilleur moyen d'éviter

les complications graves qui menacent la mère (choc, anurie). Elle permet d'autre part de vérifier l'état de l'utérus et de la sphère génitale, d'y déceler une possible apoplexie qui peut obliger à pratiquer une hystérectomie complémentaire. Bien entendu, lorsque malgré un tableau clinique évocateur, les bruits du coeur foetal persistent, l'intervention immédiate est le seul moyen thérapeutique pour sauver l'enfant.

Nous avons noté 27 cas d'hématome rétroplacentaire soit 3,3 %. Dans tous les cas l'indication a été posée dans un but de sauvetage maternel exclusif, ces parturientes ayant été évacuées des différentes cliniques de la ville d'Alger, dans un tableau de choc grave.

L'opération a été pratiquée après une réanimation intensive et a donné issue, chaque fois, à un enfant mort-né.

L'hémostase n'étant pas parfaite après l'extraction du foetus et de ses annexes, l'opérateur a été, dans quatre cas, obligé d'effectuer une hystérectomie subtotale.

- PLACENTA PRAEVIA MARGINAL ET LATERAL

Nous avons retenu dans cette rubrique 22 cas de placenta praevia marginal ou latéral (soit 2,6 %) qui ont nécessité l'opération césarienne au cours du travail. En effet malgré la rupture large des membranes

l'usage des antispasmodiques, ces parturientes ont présenté des hémorragies importantes à répétition ayant imposé l'intervention.

EN RESUME :

C'est la dystocie dynamique qui domine les indications de nécessité de l'opération césarienne (42,3 %)

- La souffrance foetale représente un pourcentage de 14,4
- et la procidence du cordon : 12,2 %

TABLEAU VI

LES INDICATIONS DE SECURITE = 78 CAS

Indications	Nombre de cas	Pourcentage sur 78 indications	Pourcentage sur 825 opérations césariennes
Affections maternelles	21	28	2,5
- Diabète 2 cas			
- Maladie gravidique tardive 12 cas			
- fatigue maternelle 3 cas			
- cardiopathie 1			
- plastie vaginale 1			
- prolapsus opératoire 1			
- Diaphragme traumatique 1			
Enfant désiré	47	39,9	5,6
(primipare âgée : 43 cas			
(Isoimmunisation (Rh = 3			
(Grossesse prolongée = 1			
Infection amniotique	9	7,3	1,1

III - LES INDICATIONS DE SECURITE

(Tableau VI)

Nous réunissons dans cette rubrique, une série de faits pour lesquels il n'existe pas à proprement parler d'indication obstétricale à l'opération césarienne, il n'y a pas en particulier d'obstacle à l'accouchement ; d'autre part les risques foetaux et maternels ne sont pas certains, mais seulement possibles et cependant l'intervention peut à juste titre se discuter et apparaître comme parfaitement légitime en tant que mesure de sécurité. Il en a été ainsi chez 77 de nos parturientes soit un pourcentage global de 9,3 - cas où la décision opératoire a été posée pour des raisons maternelles ou foetales.

A) LES INDICATIONS MATERNELLES

- LES AFFECTIONS MATERNELLES

Dans 21 cas, soit 2,5 % des opérations césariennes au total, une affection maternelle d'ordre général, nous a fait discuter et poser l'indication opératoire.

a) Il s'agissait de 12 cas de : MALADIE GRAVIDIQUE TARDIVE dans sa forme généralement hypertensive lorsque les symptômes persistent malgré un régime et un traitement bien conduits. La voie haute a été alors le seul moyen de sauver un enfant particulièrement menacé chez des paucipares dont le désir de grossesse est grand.

b) LE DIABETE

Nous en avons deux cas, où l'opération césarienne a été pratiquée aux environs de la 36ème semaine. Chez nos deux parturientes à passé obstétrical chargé l'intervention a été le moyen le plus sûr de soustraire l'enfant aux dangers de mort qui le menacent pendant les dernières semaines, et s'il ne mourrait pas, au traumatisme obstétrical qui lui est particulièrement nocif.

c) LA CARDIOPATHIE : une observation relevée

Bien que cette affection ne constitue pas en elle-même une indication à l'opération césarienne, elle fut pratiquée essentiellement dans un but de stérilisation définitive sur indication des cardiologues.

d) DANS 3 CAS : une césarienne de sécurité a été pratiquée pour fatigue maternelle.

e) LES INDICATIONS D'ORDRE LOCAL MATERNEL qui ont justifié l'intervention sont :

- une femme ayant subi une cure de prolapsus
- une parturiente présentait une plastie vaginale pratiquée à la suite d'un délabrement de la filière pelvi-génitale après un accouchement antérieur.
- un cas de diaphragme vaginal d'origine traumatique avec sténose fibreuse du 1/3 supérieur du vagin.

B) LES INDICATIONS FOETALES

Ce sont celles que posent avant tout les enfants désirés "désespérément attendus", vis-à-vis desquels il convient d'éliminer toute menace si minime soit-elle, et spécialement tout risque de traumatisme obstétrical. L'opération césarienne en fin de grossesse ou en tout début de travail a été le moyen d'y parvenir dans 47 cas soit un pourcentage global de 5,6 ; et c'est à elle que l'on a eu recours.

1) chez 43 primipares âgées : en cas de présentation de siège, de façon formelle, en cas de présentation du sommet de façon plus nuancée, surtout en cas de grossesse difficilement obtenue après un traitement de stérilité.

2) Dans 3 cas d'iso immunisation Rh :

Les antécédents et le taux croissant des anti-corps maternels nous ont fait redouter une atteinte foetale, nous avons pratiqué l'opération césarienne après échec d'un déclenchement médicamenteux du travail.

3) enfin dans un cas de grossesse prolongée : qui a nécessité l'intervention après échec d'un déclenchement artificiel du travail. Malheureusement, l'enfant n'a pas survécu malgré une réanimation intensive correcte.

C) LES INDICATIONS OVULAIRES :

9 cas d'infection amniotique ont fait discuter et imposer l'intervention (soit un pourcentage global de 1,1) soit dans un but de sauvetage foetal, soit pour éviter des manoeuvres obstétricales toujours hasardeuses sur ces utérus infectés.

EN RESUME

Les indications de sécurité des opérations césariennes représentent dans notre statistique un faible pourcentage (9,3 %) par rapport aux autres indications.

Ces indications de sécurité ont été surtout représentées par des affections maternelles qu'elles soient d'ordre général ou local : 22 cas, et surtout par des grossesses désirées : 47 cas.

Nous citerons enfin un cas d'intervention césarienne pour une indication sociale chez une jeune fille vierge âgée de 17 ans .

TABLEAU VII

TABLEAU RECAPITULATIF

INDICATIONS	Nombre de cas	Pourcentage sur 825 opérations césariennes
Dynamique	187	22,6
Essaieuse	132	16,0
Conduites dystociques	123	14,9
Prévia	68	8,2
Asfoetale	64	7,7
Accident du cordon	54	6,5
Volume foetal	48	5,8
Présirés	47	5,6
Utricatriciels	40	4,8
Utéroplacentaire	27	3,3
Accidents maternels	21	2,5
Amniotique	9	1,1
Prévia	2	0,2
Col Stade II	1	0,1
Rectum	1	0,1
Prophylaxie sociale	1	0,1

Nous avons établi un tableau récapitulatif du nombre d'opérations césariennes et de leurs indications par ordre de fréquence à la Maternité du Centre Hospitalo-Universitaire d'Alger - (Tableau VII).

- LA DYSTOCIE DYNAMIQUE

187 cas soit 22,6% des opérations césariennes effectuées .
Elle constitue la plus fréquente indication. Le pourcentage est assez élevé si on le compare à d'autres statistiques.

- LA DYSTOCIE OSSEUSE

reste encore une des indications majeures de l'opération césarienne ainsi qu'en atteste notre pourcentage de 16%

- LES PRESENTATIONS DYSTOCIQUES

occupent une place importante 14,9% des indications opératoires.

Les autres statistiques étudiées ont un pourcentage de :

SALZMANN	3,4%
DE COSTA	7,4%
PEEL -CHAMBERLAIN	10%
PLAN - LADOUËC	38,1%

- LE PLACENTA PRAEVIA

Les complications hémorragiques de l'insertion basse du placenta crée un danger vital pour la mère et le fœtus. Les manoeuvres obstétricales sont abandonnées dès que l'hémorragie est importante. En effet la rupture artificielle des membranes est capable d'arrêter un saignement menaçant, mais elle est parfois insuffisante. Difficilement possible en dehors du travail, elle est impossible en cas de placenta praevia central. La tendance opératoire augmente, l'opération césarienne est de plus en plus considérée comme le traitement de choix de cette redoutable complication, ainsi qu'en témoignent les chiffres suivants :

HUNTER JONES	6 %
BRYANT	9 %
PEEL - CHAMBERLAIN	11 %
SEMMEUS	38 %

Notre pourcentage est de 8,2. Il s'agit dans 18 cas d'accouchement prématurés.

LA SOUFFRANCE FOETALE : 7,7 % dans notre statistique, en dehors de toute autre anomalie justifie l'intervention.

LA PROCIDENCE DU CORDON est une indication d'urgence de l'opération césarienne. Nous avons eu 54 cas soit 6,5 % des interventions effectuées. Nous retrouvons le même chiffre dans les statistiques effectuées dans les pays à grand rayonnement rural : PLAN - LADQUEC = 6,6 %.

Les auteurs des pays hautement équipés du point de vue obstétrical ont un pourcentage assez bas :

WILSON	1,1 %
FINTZ	1,8 %
HUNTER JONES	2,7 %

L'excès de volume foetal : 5,8 %

Les dystocies de la multiparité justifiant l'intervention césarienne sont le plus souvent dues au gros volume foetal.

LES ENFANTS DESIRES :

Il s'agit d'une indication médico-sociale de l'opération césarienne qui fait intervenir à côté des circonstances obstétricales particulières, la valeur particulière de l'enfant. La voie haute est alors adoptée au profit prépondérant de l'enfant, enfant difficilement obtenu après une longue stérilité, enfant de primipare âgée ou quand les antécédents obstétricaux de la femme sont grevés de plusieurs morts foetales.

Nous relevons 47 cas en deux ans, dont

- 43 primipares âgées (JACOBSEN 17,9 % ; ERHARDT 16 %)
- 3 isoimmunisations Rhésus
- 1 grossesse prolongée.

LES UTERUS PLURICICATRICELS

40 cas dont 36 utérus bicicatriciels et 4 utérus tricicatriciels.

L'intervention est surtout effectuée dans un but prophylactique pour éviter une rupture utérine éventuelle. La seule notion de césarienne antérieure est considérée par certains auteurs comme une indication valable, "césarienne une fois, césarienne toujours" (PEDOWITZ, COSGROVE). Cette opinion n'est pas partagée par la majorité des obstétriciens. La voie basse lors d'un accouchement ultérieur est souvent possible lorsque l'indication est posée de façon rationnelle, la marche du travail étant absolument normale ou normalisée et aucun autre facteur dystocique n'étant surajouté ; ceci lorsque l'indication antérieure n'est pas permanente.

Dans notre statistique nous relevons au total :

113 césariennes itératives

En dehors des 40 cas cités plus hauts, les indications à ces interventions itératives sont :

- Dystocie dynamique	28 cas
- souffrance foetale	12 cas
- Présentation de l'épaule	10 cas
- Gros enfant	6 cas
- Procidence du cordon	6 cas
- Présentation du siège	4 cas

- Placenta praevia 4 cas
- Présentation du front 3 cas

LES AUTRES INDICATIONS DE L'OPERATION CESARIENNE sont

- Hématome retroplacentaire 27 cas soit 3,3 %
- Affections maternelles 21 cas soit 2,5 %
- 9 cas d'infection amniotique
- 2 tumeurs praeviae
- un cancer du col stade II
- un cancer rectum
- et une indication sociale.

	1965	1968-69	terre	sa	Oulu	Nancy	Strasbourg	Laos	(Marx Stadt)	Caroline du Nord	Urbane
Pourcentage des opérations césariennes	4,9	6,4	6,9	2,3	6,3	1,7	3,5	2,5	2,5	3,7	3,3
Indications maternelles	36,4	45,2	16,0	77,1	72,1	47,5	38,5	35,3	41,7	68,0	38,1
Indications foetales	33,7	38,9	45,0	10,6	17,6	15,4	39,6	38,1	42,5	29,9	35,5
Indications ovulaires	12,1	13,7	11,0	11,1	8,2	16,8	19,6	24,6	15,4	6,0	1,3
Indéterminées	-	2,2	28,0	1,1	2,1	20,2	2,3	2,0	0,5	-	0,8
Mortalité maternelle	1,48	1,09	0,1	0,3	0,6	1,9	0,7	1,8	0,5	1,2	0,4
Mortalité foetale	2,4	8,7	3,7	2,3	6,0	7,7	7,9	32,7	12,3	12,0	9,4

Références

- 1) Alger : Madame Cukaci
"Etude statistique, analytique, comparative et critique concernant l'activité de la salle de travail de la Maternité d'Alger"
- 2) Angleterre : Peel, Chamberlain
"Cesarean section 1949-1964"
- 3) Congo Kinshasa : Götz und Duwerx
"Résultats des opérations césariennes itératives chez l'Africaine"
- 4) Finlande : Veshakari
"Cesarean sections at Oulu Provincial Hospital in Years 1948-1964"
- 5) France : Nancy : Richon Simonin
"Considérations et études critique de 671 césariennes"
- 5) pratiquées de 1944 à 1960"
Strasbourg : Milfort - Fintz
Les indications actuelles de la césarienne"
- 6) Laos : Plan . Ladouec
La césarienne abdominale au Laos. A propos de 107 cas.
- 7) R.D.A. : Karl-Marx Stadt : Läger
Etude de 584 opérations césariennes du 1.1.60 au 30.6.1963"
- 8) Sénégal : Le Cannelier, Bourgoin
"Contribution à l'étude de l'opération césarienne chez l'Africaine" - Réf. Bulletin de la Société médicale d'Afrique Noire de langue française - 1er trimestre 1962.
- 9) U.S.A. Caroline du Nord : Hunter Jones
"Trends in incidence of and indications for cesarean sections at Charlotte Memorial Hospital during 10 years"9)-Urbana : Wilson : Fifteen years of cesarean section".

IV - ETUDE COMPARATIVE

(Tableau VIII)

A) Les opérations césariennes pratiquées dans le service représentent un pourcentage de 6,42 en 2 ans. Ce chiffre est en augmentation de 1,52 % par rapport à celui établi dans la clinique pour l'année 1965, qui est de 4,9 % (thèse de Madame DUKACI).

A titre comparatif, nous avons relevé la fréquence de l'opération césarienne dans différents pays, que nous avons classés en :

- 1) Pays hautement équipés du point de vue obstétrical
- 2) pays à grand rayonnement rural qui sont généralement sous-équipés.

1) DANS LES PAYS HAUTEMENT EQUIPES : les pourcentages relevés sont de :

PAYS	AUTEURS	POURCENTAGE
Angleterre	PEEL - CHAMBERLAIN	6,9
Finlande	VESHAKARI	6,3
France	RICHON	1,7
	FINTZ	3,5
R. D. A.	LANGER	2,5
U. S. A.	HUNTER JONES	3,7
	WILSON	3,3

2) DANS LES PAYS A GRAND RAYONNEMENT RURAL

PAYS	AUTEURS	POURCENTAGE
Algérie	Madame DUKACI	4,9
	NOUS	6,4
Congo Kinshasa	GOTZ	2,3
Laos	PLAN	2,5
Sénégal	LE CANNELIER	2,3

- La moyenne générale retenue pour les pays hautement équipés est de 3,5 %
- Notre pourcentage de 6,42 est supérieur à celui des autres pays sous-équipés déjà cités, qui est de 2,3 % seulement ; inférieur à celui des pays avancés.

Cette différence paradoxale ne s'explique-t-elle pas justement par le sous équipement lui-même d'une part, et d'autre part par le mode de recrutement dans le matériel ? En effet la majorité des femmes dans ces pays continuent encore à accoucher à domicile, faute d'infrastructure médicale suffisante.

B) Durant la même période de notre étude, nous avons à titre comparatif relevé les autres actes obstétricaux instrumentaux pratiqués. Ainsi nous notons :

1/- 173 applications de forceps soit 1,32 des actes (pour un total de 13.124 accouchements). Le plus souvent l'indication en a été posée pour arrêt de progression ou souffrance foetale, et 7 fois il s'agissait d'un forceps de protection pour prématurité.

2/ - 81 applications de vacuum extractor, pour la même période. Ce qui représente un pourcentage de 0,62. L'indication a été imposée pour

la plupart des cas sur une tête généralement au Déroit inférieur chez des femmes épuisées ou présentant une cardiopathie, l'application de la ventouse évitant ainsi tout effort expulsif lors du dégagement.

3/ - 28 embryotomies enfin ont été pratiquées soit un pourcentage de 0,21.

Il est bien évident que le souci majeur de supprimer le traumatisme foetal multiplie les indications de l'opération césarienne au détriment des autres actes obstétricaux. Cependant, la fréquence de cette intervention s'en trouve singulièrement accrue. (6,42 % d'application de ventouse).

Les indications qui aboutissent à cette décision thérapeutique sont très diverses. Elles touchent à tous les domaines de l'obstétrique et il est bien difficile d'en donner une liste précise.

TABLEAU IX

TECHNIQUES OPERATOIRES

Incisions utérines	Nombre	Pourcentage sur 825 opérations césariennes
stérotomies corporéales	48	5,81
<u>stérotomies segmentaires</u>		
longitudinales	4	0,4
transversales	730	88,3
<u>stérotomies mixtes</u>		
segments corporéales longi- tudinales	36	4,3
segments corporéales trans- versales	6	0,73
en médiolatérale droite atypi- que à 1 lacis veineux important au du segment inférieur	1	0,12

V - TECHNIQUE OPERATOIRE

(Tableau IX)

1/ L'INCISION CUTANEE

a toujours été médiane sous ombilicale, car la plus facile et la plus rapide à pratiquer pour extraire l'enfant.

2/ L'HYSTEROTOMIE

Nous avons adopté dans la plupart des cas (729 cas soit un pourcentage de 88,36 %) la technique classique, simple et bien codifiée actuellement de l'hystérotomie segmentaire transpéritonéale transversale basse.

Cette hystérotomie pratiquée après décollement et refoulement vesical est légèrement courbe à concavité supérieure.

- Dans 4 cas l'incision segmentaire a été longitudinale et nous a été imposée par un segment inférieur mal formé.
- Dans 48 cas (soit 5,81 %) elle a été longitudinale corporeale, imposée dans tous les cas par l'existence d'adhérences multiples sur utérus cicatriciels, adhérences ne nous permettant pas d'accéder au segment inférieur. Dans les 48 cas, une ligature-résection tubaire a été pratiquée.

- Une hystérotomie mixte segmento-corporéale a été pratiquée dans 42 cas :

- 36 segmento-corporéale longitudinales
- 6 segmento-corporéale transversales

Ce type d'incision nous a été imposée, dans la plupart des cas, du fait de l'existence d'un placenta praevia central, d'une présentation vicieuse souvent transversale, ou enfin la mal-formation du segment inférieur.

- Une fois l'incision utérine a été atypique c'est-à-dire longitudinale médiolatérale droite, due à un lacis veineux important au niveau du segment inférieur.

3/ L'EXTRACTION de l'enfant a toujours été manuelle, suivie d'une délivrance naturelle facilitée par l'injection intraveineuse de méthergin au moment de l'extraction du fœtus

4/ LA SUTURE UTERINE représente pour nous, le temps capital de l'intervention. En effet de sa qualité dépend la solidité de la cicatrice.

Jusqu'en 1969 la suture a été pratiquée en 2 plans au catgut chromé n° 1 ou 2 par points en X, ou surjet hémostatique sur le deuxième plan ; selon la préférence des différents opérateurs. A présent et à la vue des résultats statistiques des différents auteurs quant aux suites, jugées par contrôle hystérographique au 6ème mois après l'intervention,

il semble que les meilleurs résultats sont obtenus avec une suture en un plan à points séparés, extra muqueux, de catgut chromé n° 0 ou 1, pratiquée à l'aiguille sertie. C'est la méthode que les différents accoucheurs tendent à adopter dans le service.

Quel que soit le type de la réfection de l'hystérotomie, la péritonisation par le lambeau-péritonéal inférieur dans les incisions segmentaires, a toujours été pratiquée.

5/ LES INTERVENTIONS ASSOCIEES A L'OPERATION CESARIENNE

1) Dans 144 cas une ligature résection des trompes selon le procédé de MADLENER - POMMEROY a été pratiquée

- 60 fois sur la demande des conjoints
- 84 fois ligature nécessitée par l'état local de l'utérus ou l'état général de la parturiente.

2) 4 fois une hystérectomie subtotale a suivi l'extraction du foetus devant l'existence d'une apoplexie régionale débordant le cadre de l'utérus.

3) Une fois la césarienne fut suivie d'une opération de STRASSMAN sur un utérus didelphe.

6/ LES PROBLEMES ANESTHESIOLOGIQUES

Nous voudrions insister dans ce travail sur quelques problèmes pratiques posés par l'anesthésie au cours de l'opération césarienne.

L'anesthésie doit en effet répondre à un double impératif :

- a) d'une part, provoquer chez la femme le sommeil avec silence abdominal le plus parfait possible.
- b) d'autre part, ne pas être toxique ou dangereuse pour l'enfant.

La barrière placentaire sans être un obstacle filtre et ralentit le passage des anesthésiques de la mère vers l'enfant. Tous les anesthésiques connus à ce jour ont été utilisés avec des succès divers qu'il s'agisse :

- 1) d'anesthésiques par inhalation : éther, cyclopropane
- 2) de barbiturique I. V. : pentobarbital (pentothal) qui reste le plus fréquemment utilisé.
- 3) ou d'anesthésiques intraveineux non barbituriques : viadryl (hydroxy-dione) ou 4 - hydroxybutyrate de sodium (gamma OH) dont l'absence de toxicité pour le fœtus est remarquable. Nous pratiquons quant à nous le plus fréquemment l'anesthésie au pentothal.

Une telle anesthésie est utilisée en association avec des curarisants qui ne franchissent pas la barrière placentaire de façon précoce (telle que la D - Tubocurarine)

TECHNIQUE D'ANESTHESIE

- 1) prémédication à l'atropine après vacuité gastrique et intestinale
- 2) Anesthésie proprement dite
- 3) après extraction foetale : oxygénation.

Une perfusion systématique en début d'intervention d'un flacon de Sérum glucosé à 10 % est installée.

VI - R E S U L T A T S

1) RESULTATS POST OPERATOIRES IMMEDIATS :

a) La mortalité maternelle est de 1,09 % dans notre statistique. Les meilleures statistiques proviennent des Etats-Unis où la mortalité maternelle est presque nulle.

b) La mortalité foetale : notre pourcentage est de 8,7

2) RESULTATS POST-OPERATOIRES MEDIATS :

a) L'antibiothérapie massive instituée en per et post-opératoire a permis de réduire les complications infectieuses.

Cependant nous avons relevé :

- 6 cas de Thrombophlébites
- 10 suites fébriles
- 4 suppurations de plaie

b) La mortalité foetale périnatale est certainement supérieure à 8,7 %. Nous n'avons cependant pu avoir le nombre d'enfants décédés en station pédiatrique.

3) LES RESULTATS LOINTAINS

La durée du séjour des parturientes est de 9 jours si les suites opératoires se passent normalement. Elles sont revues un mois après. Le contrôle hystérogaphique, qui en principe doit être fait pendant la période gynécologique, n'a pu être pratiqué chez aucune de nos malades, malgré les efforts faits en ce sens. Les femmes repartent chez elles, pour ne revenir consulter que lors d'un accouchement ultérieur, qui dans la majorité des cas, a lieu un an après l'opération césarienne antérieure.

C O N C L U S I O N S

=====

1) Cette étude porte sur deux années (1968-1969) à la Clinique Obstétricale et Gynécologique du Centre Hospitalo-Universitaire d'Alger. Sur 13 124 accouchements survenus pendant cette période, nous avons relevé 843 opérations césariennes, soit 6,42 %. La fréquence de la voie haute a donc subi un accroissement notable dans ce service car, pour l'année 1965, Madame DUKACI avait signalé un pourcentage de 4,9 (403 opérations césariennes sur 8 125 accouchements).

Ceci s'explique par le fait que la Clinique Obstétricale et gynécologique étant l'un des rares centres à être bien équipé du point de vue obstétrical, reçoit la grande majorité des dystocies de la région algéroise, voire de plus loin. Les parturientes dont le travail ne présente aucune ~~anomalie~~ sont ~~dirigées~~ vers les cliniques rattachées à l'hôpital Mustapha. D'où la baisse du nombre des accouchements normaux.

2) La dystocie dynamique représente une des plus fréquentes indications de l'opération césarienne dans la statistique. La plupart des parturientes, de grandes multipares le plus souvent, à "utérus fatigué" restent pendant un temps plus ou moins long entre les mains de matrones bien intentionnées peut-être, mais ignorant tout des dangers que

comportent leurs manipulations. Dans quelques cas (parturientes évacuées des cliniques) l'emploi abusif de certaines médications utilisées pour accélérer un travail normal, aboutit à un résultat malheureux : "La dystocie fabriquée".

3) La dystocie osseuse reste toujours élevée : 16 % des indications opératoires. L'ostéomalacie, pathologie propre à certains pays dont l'Algérois, a été retrouvé dans 12 cas. Maladie sociale, due à une malnutrition par carence dans l'alimentation, de calcium, de vitamine D, de phosphore, de lipides et présence d'acide phytique qui empêche la fixation du calcium, elle est favorisée par les grossesses répétées et sévit surtout dans l'Est du pays (Constantine, Bousaada).

4) 113 opérations césariennes itératives figurent dans notre statistique. Pour certaines parturientes, la nouvelle intervention a eu lieu une année seulement après l'antérieure. D'où l'intérêt de persuader ces femmes à se faire suivre à la consultation des régulations des naissances.

Plusieurs indications de l'opération césarienne peuvent être évitées. Pour cela l'utilité d'une bonne prophylaxie s'impose à l'échelle nationale, des centres de protection maternelle et infantile doivent être

multipliés, les consultations prénatales obligatoires et gratuites.

Toute femme enceinte devrait accoucher dans une maternité le mieux équipée que possible.

" TANT QU'UNE FEMME ACCOUCHERA SEULE, ISOLEE, SANS SECOURS OBSTETRICAL DIGNE DE CE NOM, NOTRE METIER COMPORTERA DES LACUNES REGRETTABLES ". (LAFFONT - 1952).

B I B L I O G R A P H I E

BRET et SANCHEZ RAMOS

Etudes hystérographique, clinique et histologique des
cicatrices de césariennes segmentaires transversales
et longitudinales.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique.

Novembre 1968.

BIANCARDINI

"L'ostéomalacie puerpérale"

BULSKI T.

Evolution of indications for cesarean sections

Ginecologie polska 37 : 371-9. April 1966.

FARKAS F.

Eklampsie und Kaiserschnitt.

Zentralblatt für Gynäkologie ; 88 ; 1363-6

Januar 1967.

GÖTZ F. UND DUWERX

Ergebnisse der wiederholten Sectio Caesara bei Afrikanerinnen.

Zentralblatt für Gynäkologie 81-91

Januar 1967.

GHEORGHIU, SAVA, CHITU, MOKANU, VIRTE

Considérations sur la conduite de l'accouchement pour
les femmes ayant subi antérieurement des opérations
césariennes.

Gynécologie et obstétrique, Tome 68:

Avril - Mai 1969.

HAMMOUDA, MECCA

Cesarean section in the young gravida. A ten years analysis.

American journal of obstetrics and gynecology

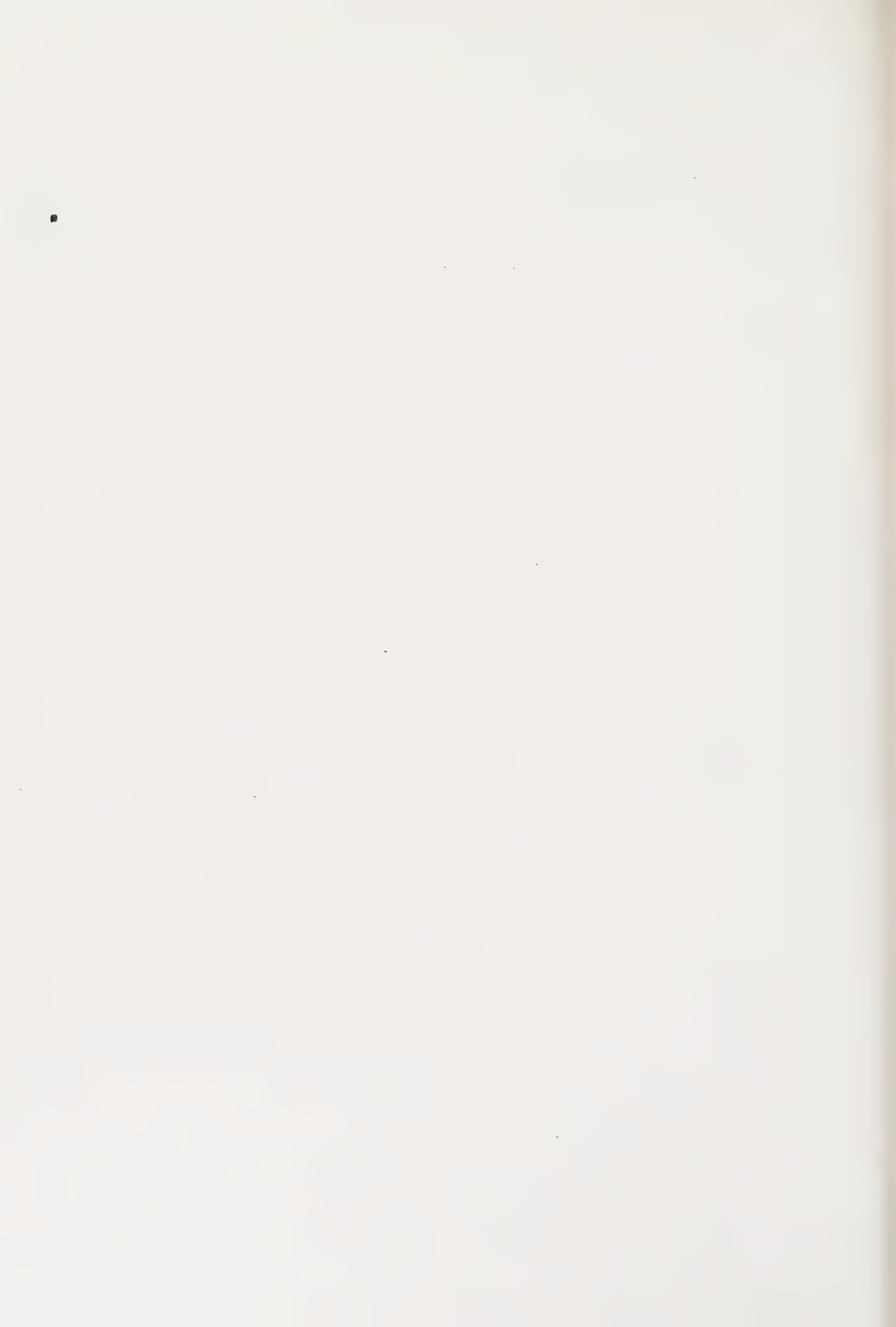
Volume 100, January 1968.

HUNTER John

Trends in the incidence of and indications for cesarean
section at Charlotte Memorial Hospital during the last
10 years.

American journal of obstetrics and gynecology.

October 1963



LANGER H.

Analyse von 584 Schnittentbindungen in Zeitraum vom
1.1.1960 bis 30.6.1963.

Zentralblatt für Gynäkologie, Januar 1967.

LE CANNELIER, BOURGOIN, BRETON, BALLON

Contribution à l'étude de l'opération césarienne chez
l'africaine.

Bulletin de société médicale d'Afrique Noire de langue
française.

Volume VII, 1er trimestre 1962.

MASKELINE P.

Cesarean section at a Mission Hospital

Nursing Times 61, 652 - 3.

7 mai 1965.

MILFORT et BINTZ

Les indications actuelles de la césarienne.

Strasbourg médical, Juin 1963

NINI et T. ASSOUD

A propos de 190 césariennes.

Revue médicale du Moyen-Orient 21 ; 326 - 9

Mai - Juin 1964

OUAHMED Ameziane

"L'hématome rétro placentaire"

"Analyse de 332 cas"

PEEL et COL

Cesarean section 1949 - 1964

Journal of obstetrics and gynecology/british Commonwealth.

December 1968, 1282 - 1286.

PLAN, LADOUËC, MAISTRE, FLORETTE

La césarienne abdominale au Laos. A propos de 107
observations.

Médecine tropicale ; 25 ; 757-61

Novembre - Décembre 1965

PLASSE, GOIRAUD, BLANC

Césarienne et myomectomie.

Bulletin de la Fédération des Sociétés de gynécologie
et d'obstétrique de langue française.

Janvier - Mars 1968.

OUKACI Meriana

Etude statistique, analytique, comparative et critique
concernant l'activité de la salle de travail de la
Maternité d'Alger. - Thèse pour le doctorat en Médecine.

15 mai 1968.

ROUCHY - GROSIENNE

"Opération césarienne et présentation du siège"

Revue de gynécologie et obstétrique

Novembre - Décembre 1966.

RICHON et SIMONIN

Considérations et étude critique de 671 césariennes
pratiquées de 1944 à 1960.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique

Février 1961 : 56 N. 2

SCHREIBER H.

Über Häufigkeit, Indikation und Ergebnisse der Hysterektomie
bei der Sectio Caesara.

Zentralblatt für Gynäkologie 87 ; 1040-6.

Juli 1965.

SOPENA IBANEZ

Indications of caesarean sections due to pelvic stenosis.

Concept of cephalopelvic disproportion. Criticismus of
radiopelvimetrie.

Revista Clinica do Instituto Maternal. Lisboa.

April - June 1967.

VEHASKARI H.
=====

Cesarean sections at Oulu Provincial Hospital in the
years 1948 - 1964.

Annales chirurgicae et gynecologiae fenniae 56 ; 3-12.
1967.

WILSON and STEPHENS
=====

"Fifteen years of cesarean sections"

Departement of obstetrics and gynecology

Carle Memorial Hospital, Urbana.

